

Antrag

auf Mitgliedschaft im **Verein zur Förderung der Palliativversorgung an der GRN-Klinik Schwetzingen e.V.**

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ und Ort: _____

Telefon: _____

Mobil: _____

Email: _____

Die Mitgliedschaft beginnt zum _____ und verlängert sich automatisch um ein weiteres Kalenderjahr, wenn nicht bis zum 30. September schriftlich gekündigt wurde. Bei einer fristgerechten Kündigung erlischt meine Mitgliedschaft zum 31. Dezember desselben Jahres.

Den Mitgliedsbeitrag in Höhe von **jährlich 30,- Euro**

- überweise ich auf das unten aufgeführte Vereinskonto. Der Beitrag ist bei Vereinsbeitritt sofort fällig, in den Folgejahren jeweils zum 01.07.
- soll jährlich per SEPA-Lastschrift von meinem Konto eingezogen werden. Der Beitrag ist bei Vereinsbeitritt sofort fällig, in den Folgejahren jeweils zum 01.07.
Bitte füllen Sie hierzu das beigefügte SEPA-Lastschriftmandat aus.

- Ich bitte um die Zusendung einer Zuwendungsbestätigung.
Die Gemeinnützigkeit unseres Vereins ist anerkannt. Unsere Mitgliedsbeiträge dürfen von der Steuer abgesetzt werden. Die Zuwendungsbestätigung wird Ihnen am Jahresende zugestellt.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Datenschutzerklärung:

Mit dem Beitritt erklärt sich das Mitglied einverstanden, dass die im Zusammenhang mit der Mitgliedschaft benötigten personenbezogenen Daten unter Berücksichtigung der Vorgaben des Bundesdatenschutzgesetzes per EDV für den Verein erhoben, verarbeitet und benutzt werden. Dabei handelt es sich um folgende Angaben: Name, Anschrift, Telefon/Fax/Email und Bankverbindung.

Die überlassenen Daten dürfen ausschließlich für Vereinszwecke verwendet werden.

Eine anderweitige Verarbeitung oder Nutzung (z.B. Übermittlung an Dritte) ist nicht zulässig.

Verein zur Förderung der Palliativversorgung an der GRN-Klinik Schwetzingen e.V.

Viktoriastr. 10

68723 Schwetzingen

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE44ZZZ00001952369**

SEPA-Lastschriftmandat

Mandatsreferenz: wird Ihnen per Email oder per Post mitgeteilt.

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger Verein zur Förderung der Palliativversorgung an der GRN-Klinik Schwetzingen e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Verein zur Förderung der Palliativversorgung an der GRN-Klinik Schwetzingen e.V. auf mein Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name, Vorname (Kontoinhaber): _____

Straße: _____

PLZ und Ort: _____

Geldinstitut: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift Kontoinhaber: _____